

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 10

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
CANCER DE L'ESTOMAC

A FORME D'ANÉMIE DE BIERMER

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Septembre 1919

PAR

OLIER (Urbain)

Né à St-Chély-d'Apcher (Lozère), le 7 août 1893

Ancien interne des Hôpitaux de Clermont-Ferrand

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

RAUZIER, Professeur, *Président*.

DUCAMP, professeur.

LEENHARDT, agrégé.

LISBONNE, agrégé.

Assesseurs



MONTPELLIER

IMPRIMERIE L'ABEILLE, COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse, 14

1919

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
CANCER DE L'ESTOMAC
A FORME D'ANÉMIE DE BIERMER



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41555617_0054

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE

N° 10

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DE L'ESTOMAC

A FORME D'ANÉMIE DE BIERMER

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 19 Septembre 1919

PAR

OLIER (Urbain)

Né à St-Chély-d'Apcher (Lozère), le 7 août 1893

Ancien interne des Hôpitaux de Clermont-Ferrand

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examineurs
de la Thèse

RAUZIER, Professeur, *Président*.

DUCAMP, professeur.

LEENHARDT, agrégé.

LISBONNE, agrégé.

Assesseurs



MONTPELLIER

IMPRIMERIE L'ABEILLE, COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse, 14

1919



PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✱).....	DOYEN.
SARDA (✱).....	ASSESEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique chirurgicale.....	MM. TEDENAT (O. ✱).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✱).
Physique médicale.....	IMBERT (✱).
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (O. ✱).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (O. ✱).
Physiologie	HEDON (✱).
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP (✱).
Anatomie.....	GILIS (✱).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA (✱).
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL (✱).
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H.)
Clinique médicale.....	RAUZIER (✱).
Clinique obstétricale.....	VAILLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRE (✱).
Anatomie pathologique.....	MASSABEAU (✱).
Chimie médicale.....	DERRIEN.
Microbiologie	N...
Clinique médicale.....	N...

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, MOURET, VEDEL.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✱).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique gynécologique.....	MM. DE ROUVILLE, prof. adj.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, profes. adj.
Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées...	VEDEL, profes. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires.	JEANBRAU (O. ✱), a. l. c. c.
Médecine opératoire.....	SOUBEYRAN ✱, a. l. ch. d. c.
Pathologie externe.....	RICHE, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards.	EUZIERE, agrégé.
Accouchements.....	P. DELMAS, agrégé.
Accouchements.....	DESMONTS (ch. de c.).
Matière médicale.....	CABANNES, agrégé.
Microbiologie.....	LISBONNE, agr. (ch. de c.).
Stomatologie.....	WATON (✱), docteur.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. CABANNES.	MM. ROGER.
GRYNFELT (✱).	P. DELMAS.	ETIENNE.
LEENHARDT.	EUZIERE.	LISBONNE.
GAUSSEL (✱).	J. DELMAS (✱).	PECH (✱) ch. d'ag.
RICHE.	RIMBAUD (✱).	

Examineurs de la thèse :

MM. RAUZIER, prof., présid^e; DUCAMP, prof.; LEENHARDT, agrégé;
LISBONNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-ONCLES :

LE CHANOINE VICTOR OLIER

LE CHANOINE MAURICE OLIER

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON PÈRE

FRÉDÉRIC OLIER

U. OLIER.

A MA MÈRE

*Faible témoignage de profonde et
affectueuse reconnaissance.*

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

U. OLIER.

A MES MAÎTRES
DANS LES HÔPITAUX DE CLERMONT-FERRAND
ET DE MONTPELLIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR RAUZIER
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER
MÉDECIN DES HÔPITAUX
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

U. OLIER.

AVANT-PROPOS

En terminant nos études il nous est particulièrement agréable d'adresser nos remerciements les plus sincères à tous ceux qui de près ou de loin ont contribué à notre formation.

La première pensée que nous avons eu au père bien-aimé qui fut ravi à notre affection pendant la guerre. Nous vénérons sa mémoire et nos regrets sont d'autant plus vifs qu'il n'ait point vu ce jour qui lui aurait apporté une légère satisfaction pour tout ce qu'il fit pour nous.

Nous aimons à nous rappeler nos débuts à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand. Nos maîtres dévoués ont su nous faire aimer de suite la carrière médicale ; l'enseignement reçu, surtout pendant notre période d'internat, nous a été très profitable et nous lui devons une large part de notre formation clinique.

Après une longue interruption de plusieurs années passées aux armées, nous avons retrouvé à la Faculté de Montpellier le même accueil bienveillant ; à tous nos professeurs nous adressons nos hommages respectueux et reconnaissants. En fréquentant leurs principaux services

de clinique il nous a été permis de nous perfectionner à loisir dans notre profession. C'est en suivant avec assiduité le service de clinique médicale de M. le professeur Rauzier que nous avons pu observer le malade dont le cas intéressant constitue le principal sujet de notre travail.

M. le professeur Rauzier nous a fait le très grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous l'assurons ici de notre reconnaissance et de notre sincère gratitude.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
CANCER DE L'ESTOMAC
A FORME D'ANÉMIE DE BIERMER

CHAPITRE PREMIER

INTRODUCTION. — HISTORIQUE

De tous les cancers — et l'on sait que le cancer est la maladie anémiant par excellence — celui qui détermine l'anémie la plus profonde est, de l'avis unanime des auteurs, le cancer de l'estomac. C'est là un fait de bonne observation clinique courante, dont la pathogénie reste inconnue, mais dont la réalité ne peut pas être mise en doute. Un cancéreux de l'estomac présente toujours une anémie marquée; dans certains cas, relativement fréquents, cette anémie est assez importante pour dominer complètement le tableau clinique et constituer une véritable « forme » de la maladie : c'est le *cancer de l'estomac à forme anémique* décrit par nombre d'auteurs.

Plus rares sont les cas où cette anémie cancéreuse revêt exactement l'aspect de l'anémie pernicieuse progressive dite anémie de Biermer. Mais ils sont d'autant plus difficiles à diagnostiquer que, le plus souvent, le néoplasme gastrique est alors absolument latent.

Cette latence du cancer de l'estomac n'est pas, du reste, un fait aussi rare qu'on pourrait le croire au premier abord : il est facile de relever dans la littérature médicale un nombre assez grand de cas où le néoplasme gastrique fut une simple trouvaille d'autopsie, et un nombre encore plus grand de cas où la symptomatologie gastrique fut si fruste que l'hypothèse d'une tumeur n'avait pas paru même à envisager. Guinard admettait que la moitié des cas de cancer de l'estomac reste insoupçonnée. Même sans aller aussi loin, on voit que la part du cancer dit « latent » est importante. Biermer avait à peine décrit le syndrome de cette « anémie pernicieuse progressive essentielle » qui porte son nom, que Quincke, Sørensen publiaient des cas de cette maladie où l'autopsie avait révélé la présence d'un néoplasme gastrique. Depuis, le syndrome de Biermer s'est un peu émietté : l'observation clinique et surtout les autopsies ont montré que cette anémie, en apparence *essentielle*, est souvent, en réalité, *secondaire* à une lésion dont elle masque la symptomatologie ; cette lésion est, dans la très grande majorité des cas, un cancer, et ce cancer est, presque toujours, un cancer de l'estomac.

Faut-il conclure de là, comme certains l'ont fait un peu hâtivement, que l'anémie de Biermer est symptomatique, toujours, d'un cancer de l'estomac ? Non, car, dans des cas authentiques, l'autopsie n'a révélé la présence d'aucun néoplasme au niveau de l'estomac ; non, car on a trouvé le tableau complet de l'anémie perni-

cieuse au cours de cancer d'autres organes, en particulier au cours du cancer de l'utérus ; non enfin, car on a vu les signes hématologiques de l'anémie de Biermer apparaître au cours de la leucémie, comme en font foi des observations récentes.

Au fond, nos connaissances en matière d'hématologie sont, il faut avoir le courage de le reconnaître en toute simplicité, aussi peu claires que possible. La preuve en est dans le nombre incalculable de formes, de groupes, de sous-groupes décrits par les auteurs dont chacun, ou à peu près, a sa classification personnelle.

Tant qu'une question garde cette complexité infinie, c'est que les lois générales qui la dominent sont encore inconnues, en un mot c'est qu'elle est encore à faire.

Restons donc pour le moment dans le domaine des faits. Que l'anémie pernicieuse progressive soit parfois secondaire au cancer de l'estomac, c'est un fait ; qu'il y ait des cas nombreux de cancer de l'estomac sans anémie de Biermer et d'anémie de Biermer sans cancer de l'estomac, ce sont aussi des faits. Si nous pouvions entrer assez avant dans l'étude des phénomènes morbides pour distinguer ce qui différencie les cancers avec anémie pernicieuse des cancers ordinaires, le problème de la maladie de Biermer serait à peu près résolu. Malheureusement, dans l'état actuel de nos connaissances, il ne peut être que posé.

Notre attention a été attirée sur ces faits par le cas d'un malade que nous avons eu l'occasion d'observer, en suivant, cet hiver, la clinique de M. le professeur Rauzier.

Il présentait une cachexie progressive qui s'accompagnait dans sa période terminale d'un peu de fièvre. La symptomatologie gastrique était des plus vagues et se

bornait à une pesanteur légère après les repas et à des vomissements espacés. Cliniquement le diagnostic d'anémie de Biermer fut posé, avec la possibilité d'une lésion gastrique. Le laboratoire fit le diagnostic : d'une part, l'existence d'une anémie pernicieuse fut établie nettement; d'autre part, l'étude du chimisme gastrique permit de conclure à l'existence d'un néoplasme que l'autopsie vérifia.

Nous avons été vivement frappé par ce cas et par les facilités données par le laboratoire dans un diagnostic à peu près impossible par les seules ressources de la clinique. Nous avons recherché dans la littérature les cas analogues et constaté que, si le nombre en est relativement peu élevé, le nombre de ceux qui ont été diagnostiqués du vivant du malade sont encore plus rares. Il nous a paru d'autant plus intéressant de publier le nôtre, qu'il montre que de pareils diagnostics ne sont point impossibles. Il échappe à l'objection faite par certains auteurs tels que Lazarus qui qualifie les cas publiés « épars et peu nombreux » de « cas trop insuffisamment observés et par là peu significatifs ».

Avant d'exposer le cas de notre malade, rappelons, d'après Regnault, les noms des principaux auteurs qui se sont occupés de la question qui nous intéresse : Sørensen (1876), Quincke (1880), Laache (1883-1885), Eichhorst (1883), Hunter (1888), Bouveret (1893), Lubarsch (1894), Riegel (1896), Hayem et Léon (1897), Ehrlich et Lazarus (1898), Senator (1900), A. Robin (1900), Gilbert (1902), Blode (1903), Bard (1904), Bezangon et Labbé (1901), Villebrun (1901), Regnault (1905), etc.

Plus tard les observations deviennent plus rares et la question n'a pas sensiblement progressé.

CHAPITRE II

OBSERVATION

(Inédite)

(Observation du service de M. le professeur Rauzier, due à l'obligeance de M^{lle} le docteur M. Giraud, chef de laboratoire.)

P... Pierre, 44 ans, cultivateur, entre le 10 février 1919 à l'Hôpital Suburbain, salle Bichat, lit n° 1. Il se plaint d'un amaigrissement et d'une asthénie très marquée dont le début remonte à 8 mois. Depuis la même époque il a remarqué que ses digestions sont paresseuses, mais elles ne sont pas douloureuses. Ce sont les seuls symptômes qu'il accuse spontanément.

Son appétit est bon ; il n'éprouve aucun dégoût et s'alimente comme auparavant. Mais, très souvent, après les repas, il a une sensation de poids sur l'estomac et la digestion se prolonge parfois jusqu'au repas suivant. Quelques renvois gazeux, sans goût spécial. Pas de hoquet. De temps à autre le malade a un vomissement,

alimentaire le plus souvent, parfois seulement bilieux, toujours peu abondant. Il n'a jamais eu d'hématémèse, ne souffre ni de l'estomac ni du ventre, mais est habituellement constipé. Il n'y a jamais eu dans les selles ni glaires, ni sang, ni membranes.

P... ne tousse ni ne crache, il n'a pas de dyspnée d'effort. Assez souvent il a des palpitations qui se produisent surtout au moment des digestions. Il urine normalement, ses urines ne contiennent ni albumine, ni sucre.

Il n'a pas de maux de tête, pas de vertiges, il ne présente aucun trouble nerveux. Le sommeil est bon. Mais la faiblesse est grande, et tout effort, toute marche même sont devenus impossibles au malade, qui ne quitte guère son lit qu'une ou deux heures par jour. A son entrée à l'hôpital, il n'a pas de température. Jusqu'ici, il n'a jamais fait aucune maladie. Il n'est ni éthylique, ni spécifique. Son hérédité est excellente.

A l'inspection du malade, on voit un sujet d'une pâleur et d'une maigreur saisissantes. Du reste, il nous dit avoir, depuis le début de sa maladie, perdu 22 kilogr. La peau est d'une pâleur de cire, collée sur les pommettes, formant des plis flasques sur la poitrine et autour du cou. Les muqueuses sont complètement décolorées, c'est à peine si les lèvres se détachent dans la pâleur uniforme de la figure. Cet aspect seul dénote une anémie grave. Les masses musculaires ont presque disparu.

La langue est normale, la gorge aussi. L'abdomen n'est pas ballonné, et la percussion, pas plus que le palper, n'y décèlent rien d'anormal : il est souple, se laisse explorer sans douleur. L'estomac n'est pas dilaté ; lorsqu'on presse sur lui avec force, on éveille une très légère douleur. Le foie et la rate sont normaux. Il n'y a

pas de ganglions dans les aines. Le point de Mac-Burney est indolore. Pas de ganglion de Troisier.

Rien aux pœmons.

Rien au cœur, sauf une légère diminution du deuxième bruit. La tension artérielle est à 12 au sphygmomanomètre de Potain. Il n'y a pas de souffle dans les vaisseaux du cou. Pas d'œdème des membres inférieurs.

Les réflexes sont normaux, les pupilles égales et contractiles.

Le diagnostic porté est le suivant : « Anémie profonde avec tendance cachectique et troubles gastriques », et les hypothèses sur la cause de cet état se limitent à deux : anémie pernicieuse progressive ou lésion gastrique (ulcus ou cancer). On demande une radiographie, un examen du sang et une analyse du suc gastrique.

Le lendemain, le malade a quelques frissons et présente un peu de fièvre : 38°7 le soir. Il n'éprouve aucun symptôme nouveau, l'examen est toujours négatif. Mais, le 14, il a un vomissement peu abondant, de teinte un peu noirâtre. La réaction de Meyer y est très positive. On attend, avant de pratiquer la radiographie et le sondage.

L'examen du sang donne les résultats suivants (M^{lle} le Dr Giraud) :

Globules rouges = 1 million 78

Globules blancs = 10.000

$$\begin{array}{r} \text{G. B.} \\ \text{G. R.} \end{array} = \frac{1}{178}$$

Valeur globulaire = 1,13

Globules rouges :

Anisocytose et pénilocytose extrêmement marquées.
Anisochromie très nette. Quelques hématies nucléées.
Hématoblastes normaux.

Globules blancs :

Polynucléaires neutro et basophiles..	80 %
Polynucléaires éosinophiles.....	0,5 %
Mononucléaires	19,5 " "

Cet examen était parfaitement comparable à ceux de l'anémie de Biermer classique. La légère augmentation du nombre des globules blancs, portant surtout sur les polynucléaires, se voit parfois dans l'anémie perniciose. Cependant, dans le cas qui nous intéresse, cette augmentation est assez importante par rapport à la diminution énorme du nombre des globules rouges et il y avait dans ce fait une indication à poursuivre les investigations du côté de l'estomac. A première vue, l'esprit était satisfait : tout le tableau clinique, y compris les troubles digestifs, le vomissement légèrement hématique et la fièvre, pouvait être rattaché à l'anémie perniciose que l'examen du sang révélait.

Le 28, le malade n'ayant plus vomi et se trouvant bien depuis près de quinze jours, un repas d'épreuve fut donné et un cathétérisme prudent pratiqué. L'analyse du contenu gastrique a donné les résultats suivants (M. le Dr Portes) :

Pas d'acide chlorhydrique libre.* Très faible quantité d'acide lactique. Présence de sang (Meyer très positif).

Acidité totale en acide chlorhydrique = 0 gr. 50 p. litre.

Acide chlorhydrique libre ou faiblement combiné = 0 gr. 07 p. litre.

Acidité des acides organiques = 0 gr. 43 p. litre.

Cette analyse était absolument concluante : malgré que le tableau clinique fût fruste et anormal, malgré que le palper le plus soigneux ne permit pas de sentir de néoplasme, on pouvait *affirmer* l'existence d'un cancer

de l'estomac en raison de l'absence à peu près complète d'acide chlorhydrique libre et de la prédominance des acides organiques. Dès ce moment le diagnostic de néoplasme gastrique fut posé, et il n'était pas besoin de la confirmation qui survint le lendemain sous la forme d'une hématomèse abondante. L'état du malade empirant rapidement, on renonça à la radiographie qui n'était, du reste, plus indispensable. Les hématomèses se renouvelèrent, la fièvre persista, la cachexie devint de plus en plus grande et le malade mourut le 11 mars dans un état lamentable de misère physiologique. Jusqu'au bout, l'abdomen resta souple, l'espace de Traube normal, et aucune tumeur gastrique ne se révéla au palper.

L'autopsie montra l'existence d'un volumineux néoplasme de la paroi postérieure de l'estomac, ce qui explique qu'il n'ait pu être aperçu. Estomac, épiploon gastro-hépatique, lobe gauche du foie, ganglions du voisinage, tout cela formait une seule grosse masse, adhérente et dure, qu'il fallut sculpter pour l'extraire.

Rien du côté de l'intestin.

Rate normale, pesant 170 grammes.

Foie dégénéré mais ne contenant pas de noyaux secondaires. Poids : 1 kil. 850.

Cœur pâle, cavités droites pleines de caillots.

Broncho-pneumonie légère limitée aux deux bases pulmonaires.

Rien ailleurs.

L'examen microscopique de la pièce (M. le Dr Ed. Bosc) a montré qu'il y avait un épithélioma envahissant la paroi postérieure de l'estomac et la petite courbure et ayant atteint le péritoine et les ganglions avoisinants. Des coupes faites dans la rate l'ont montrée normale.

L'examen de la moelle osseuse ne paraît rien révéler d'anormal.

En résumé, il s'agissait d'un épithélioma gastrique à peu près latent à forme d'anémie pernicieuse progressive et dont l'existence n'a pu être établie que par les recherches de laboratoire.

Avant d'entrer plus avant dans notre sujet, nous voudrions souligner l'intérêt considérable de cette observation qui est une des plus nettes et des plus complètes qui soient dans la littérature. Si l'on s'en rapporte, en effet, à l'excellente monographie de Regnault qui rassemble toutes les observations connues jusqu'en 1905, on voit que beaucoup de ces observations sont sujettes à caution. Il est rare d'en trouver une absolument complète et un reproche commun peut être fait à presque toutes : c'est l'absence extrêmement fréquente des analyses du contenu gastrique. Oubliées par les uns, négligées systématiquement par les autres sous le prétexte que leurs données sont incertaines, elles ne figurent que dans un nombre relativement restreint d'observations. Si ces analyses avaient été pratiquées de façon systématique, le diagnostic de cancer gastrique eût été fait dans bien des cas où il n'a pas été soupçonné.

En examinant les observations publiées, on voit qu'il n'y en a que fort peu où les troubles digestifs fassent défaut ; mais ces troubles sont parfois si légers, si manifestement dominés par les symptômes d'anémie, qu'une tendance toute naturelle engage à les considérer comme consécutifs à cette anémie si profonde.

Cette remarque est d'une grosse importance au point de vue thérapeutique : il est d'un intérêt considérable pour le malade que soit fait précocement le diagnostic

de néoplasme gastrique. Si l'opinion du médecin s'égare dans la période du début, c'en est fait du malade, car la forme anémique pernicieuse est une des formes les plus graves et les plus rapides de ce cancer de l'estomac qui est lui-même à marche rapidement envahissante. C'est pourquoi nous voudrions montrer que dans ces cas le cancer est moins « latent » qu'on ne l'a cru et qu'il est presque toujours possible d'en faire le diagnostic. C'est de propos très délibéré que nous avons choisi le titre de ce travail et qu'au lieu de toutes les désignations anciennes qui mettaient en première ligne l'anémie pernicieuse, nous avons adopté cette dénomination de *cancer de l'estomac à forme d'anémie pernicieuse*. Ce n'est point à dire que nous considérions toutes les anémies pernicieuses comme dues à un cancer de l'estomac, mais nous estimons que, celui-ci pouvant revêtir cette forme, il est de première importance de savoir le reconnaître dès le début. Il est beaucoup de cas d'anémie pernicieuse dont la cause nous échappe et contre lesquels nous sommes impuissants; c'est pourquoi il est d'autant plus important de reconnaître ceux dont nous pouvons trouver la cause et contre lesquels nous pouvons avoir un moyen d'action, si précaire que soit par ailleurs ce moyen.

Ce qui frappe d'abord dans notre observation, c'est la courte durée de l'évolution (huit mois) qui est bien en rapport avec ce que nous venons de dire au sujet de l'extrême gravité de ces cas. Même en admettant que ce malade — un cultivateur peu habitué à s'observer — n'ait pas noté de façon absolument exacte l'époque du début de sa maladie, il reste que ce cancer n'a sûrement pas mis une année à accomplir son œuvre.

En second lieu, il faut noter que ce malade avait con-

servé son appétit. On sait combien il est rare de voir un cancéreux de l'estomac garder de l'appétence. Il est juste toutefois d'ajouter que notre homme mangeait assez peu, mais il n'avait aucun dégoût, au moins dans les tout premiers jours qu'il a passés à l'hôpital. Plus tard, avec la fièvre et les hématomèses, le dégoût de toute alimentation apparut. Mais on voit qu'il ne précéda la mort que de bien peu de temps.

Ce malade, qui n'avait jamais eu d'hématémèse avant celles qu'il a présentées à l'hôpital, avait néanmoins de l'hémorragie occulte, puisque les premiers vomissements rendus par lui contenaient un peu de sang. C'était là un argument important en faveur de l'existence du néoplasme gastrique. Certes, on a signalé l'hématémèse au cours de l'anémie essentielle ; mais on peut se demander si ces cas où on a observé de l'hématémèse n'étaient pas des cas de cancer gastrique pareils à celui qui nous occupe.

La symptomatologie est, au complet, celle de l'anémie décrite par Biermer : pâleur extrême sans ictère et sans coloration jaune paille ; amaigrissement considérable ; asthénie profonde ; palpitations, tachycardie, hypotension, dyspnée ; troubles digestifs tels que pesanteur gastrique, digestions lentes, vomissements ; enfin la fièvre si fréquente au cours de l'anémie de Biermer.

A bien les examiner, aucun de ces signes n'est absolument caractéristique, mais leur groupement constituait déjà presque une certitude. L'examen du sang vint confirmer tout à fait l'hypothèse d'une anémie pernicieuse : hypoglobulie très considérable, anisocytose, pécylocytose, présence de normoblastes, augmentation de la valeur globulaire, c'était là un examen hématologique absolument typique. Le seul argument un peu anormal, c'était la leucocytose légère signalée (polynucléose).

Le chimisme gastrique, dont le résultat fut tout particulièrement concluant puisqu'il n'y avait, pour ainsi dire, pas d'acide chlorhydrique dans la cavité de l'estomac, fut le pivot véritable du diagnostic, et cela aussi mérite d'être souligné, car ce mode d'exploration a été très fortement accusé de ne pas avoir grande valeur. Qu'il n'ait pas de valeur *absolue*, c'est parfaitement certain. Mais qu'il ait néanmoins une très grande valeur lorsqu'il est fait dans des *conditions aussi rigoureuses* que possible, c'est aussi parfaitement hors de doute. Or, ces conditions rigoureuses ne sont pas difficiles à réaliser : mettre le malade à la diète lactée la veille de l'intervention, le laisser à jeun le matin, vérifier par sondage que l'estomac est vide, administrer le repas d'Ewald et l'extraire trois quarts d'heure après, cela représente une série de manœuvres dépourvues d'agrément pour le malade, mais très faciles à exécuter. Et, dans ces conditions, les chiffres obtenus ont une valeur indiscutable.

Le malade est arrivé dans un état de déchéance cachectique tellement marquée que la question d'une intervention ne pouvait même pas se poser. On a dû renoncer à la radiographie décidée, à cause de la fatigue qu'elle aurait causée au malade.

Cette observation montre un cas étudié de façon complète au point de vue clinique et au point de vue laboratoire, chez lequel la nécropsie a apporté la confirmation nécessaire au diagnostic posé ; elle est donc extrêmement instructive et va nous permettre d'examiner et de discuter certaines questions soulevées par les auteurs qui nous ont précédé.

CHAPITRE III

ETUDE CLINIQUE

A. Symptomatologie.

Deux cas sont à considérer suivant que les troubles digestifs sont assez marqués pour faire d'emblée songer au cancer, ou sont si atténués que les symptômes d'anémie passent au premier plan.

1° Anémie de Biermer survenue au cours d'un cancer confirmé.

Il faut remarquer que ces cas sont les plus rares. Ils supposent que l'anémie n'est survenue qu'à une période relativement tardive de la maladie, et c'est tout à fait exceptionnel. D'ordinaire l'anémie apparaît dès le début et ses symptômes masquent alors souvent ceux du cancer.

Un malade éprouve depuis assez longtemps — quelques semaines ou quelques mois — des troubles digestifs très marqués : inappétence, renvois, vomissements assez fréquents, douleurs gastriques, digestions lentes et pénibles. En même temps il maigrit, éprouve une asthénie considérable; devient incapable de tout travail. Pour peu que ce malade soit voisin de la cinquantaine, le diagnostic de cancer de l'estomac se pose aussitôt dans l'esprit du médecin.

Le palper de l'estomac révèle tantôt une dilatation plus ou moins grande, tantôt une induration plus ou moins profonde et parfois douloureuse; il n'y a alors plus aucun doute. Parfois le palper ne révèle rien d'anormal, mais alors l'analyse du contenu gastrique et la radiographie montrent que l'estomac présente un trouble fonctionnel dû à l'existence d'une néoplasie.

Très vite, le malade pâlit extrêmement, perd ses forces et décline. Tout effort lui pèse, il est facilement essoufflé, il a des vertiges, des bourdonnements d'oreilles, des lipothymies, des palpitations. Son aspect est celui d'un grand anémique; il faut bien différencier cet état de la cachexie jaune paille qui est d'ordinaire l'aboutissant du néoplasme gastrique. Le teint du malade est très pâle, cireux, mais pas tout jaune, la peau est décolorée mais n'offre pas non plus le moindre reflet jaune.

L'examen soigneux des organes ne révèle rien d'anormal sauf la lésion gastrique déjà connue et des souffles cardiaques d'origine anémique.

Le tableau clinique est celui d'un cancer de l'estomac avec anémie profonde.

Hayem et ses élèves ont décrit un « *cancer de l'estomac à forme anémique* » qui diffère peu du tableau que nous venons de décrire, mais qui ne se confond point avec lui

cependant. Dans la forme qu'ils décrivent, l'anémie est *précoce*, profonde, elle peut masquer les phénomènes digestifs, mais elle reste une anémie banale dont la seule particularité est son intensité.

Les examens du sang ne sont pas caractéristiques et l'on n'observe pas le syndrome hématologique de l'anémie pernicieuse. Seul l'examen du sang permet le plus souvent de faire le diagnostic. Au fond, entre la forme décrite par Hayem et celle dont nous nous occupons, il y a d'assez nombreuses analogies au point que certains auteurs ont soutenu que, quand le cancer de l'estomac revêt la forme anémique, cette anémie finit toujours par aboutir à l'anémie de Biermer. La clinique n'a pas confirmé cette façon de voir et il est conforme à l'observation des faits de distinguer dans la forme anémique du cancer de l'estomac la forme d'anémie banale et la forme d'anémie pernicieuse.

Nous n'insisterons pas plus longuement sur ce cas, beaucoup moins intéressant que ceux que nous allons maintenant étudier ; ils n'offrent pas en général de très grandes difficultés de diagnostic.

2° Anémie de Biermer au cours d'un cancer latent.

Il faut tout d'abord que nous nous expliquions sur ce terme de cancer latent contre lequel nous nous sommes élevé tout à l'heure. Il est très rare que le cancer soit *strictement latent*, c'est-à-dire silencieux. Mais il faut entendre par ce mot que sa symptomatologie, réduite et atténuée, disparaît dans celle de l'anémie qui occupe le devant de la scène. Ce sont ces cas, semblables à celui

de notre malade, qui méritent le plus d'attirer l'attention, à cause de leur rareté et surtout à cause de leur gravité.

Le plus souvent, la maladie débute par des symptômes d'anémie qui se produisent au cours d'une santé en apparence parfaite. Très vite, cette anémie augmente et, en très peu de temps, transforme complètement le malade. Nous ne reviendrons pas sur la symptomatologie de cette anémie, d'ailleurs classique, et que nous avons résumée tout à l'heure. Il suffit, du reste, de se reporter à notre observation pour en trouver une très exacte description.

Parfois il n'y a aucun trouble digestif, mais le plus souvent on note ces troubles dyspeptiques légers et cette anorexie qui font classiquement partie du tableau de l'anémie. Mais un interrogatoire minutieux révèle souvent, dans ces symptômes, quelques particularités qui ne sont pas explicables par la seule anémie : c'est une douleur sourde, profonde, occupant toujours la même place, éveillée parfois par le palper ou même le simple contact; ce sont, comme dans notre observation, quelques vomissements parfois hématiques et se produisant à intervalles rapprochés. Ces quelques signes peuvent, chez un observateur averti et déjà mis en défiance, orienter les recherches vers la bonne voie.

Si l'on passe à l'examen du malade, on trouve le masque de cire et la maigreur squelettique que nous avons décrits dans l'observation. Quant à l'œdème que certains auteurs considèrent comme presque constant dans l'anémie pernicieuse, nous ne l'avons pas constaté chez notre malade, sauf un peu d'œdème cachectique des membres inférieurs dans les derniers jours, non plus que chez d'autres malades atteints d'anémie de Biermer, et nous le croyons moins constant qu'on a bien voulu le dire.

L'examen des organes est en général négatif. On trouve parfois des souffles extra-cardiaques et jugulaires. Notre malade n'en présentait pas.

Le palper de l'estomac est le plus souvent, comme dans notre cas, dépourvu de toute signification : on ne sent pas de tumeur, on ne trouve pas de dilatation gastrique. Parfois, comme chez notre malade, la pression un peu forte éveille de la douleur. Les organes abdominaux sont normaux. Il n'y a pas de ganglions, pas même le fameux ganglion de Troisier qu'il est d'ailleurs si rare de rencontrer.

Dans ces conditions, on pense à une anémie pernicieuse et, suivant que l'attention a été ou non attirée sur les troubles gastriques, on fera le diagnostic ou on restera dans l'erreur. Si l'on n'attache aucune importance aux troubles gastriques on fera seulement un examen de sang, on y trouvera toutes les caractéristiques de l'anémie de Biermer et on conclura dans ce sens.

Si l'attention est attirée vers les troubles gastriques, on fera une radiographie et un chimisme gastrique qui, dès le début de la maladie ou à peu près, donneront des résultats probants. Si l'on constate ainsi une diminution *considérable* de l'acidité chlorhydrique en même temps qu'une augmentation marquée des acides organiques, on pourra conclure, comme dans le cas de notre malade, à l'existence d'un néoplasme.

Si ces recherches ne sont pas possibles, il en est une que l'on peut toujours faire n'importe où : c'est la réaction de Meyer dans les vomissements, à condition, bien entendu, que le malade n'ait pas mangé depuis au moins deux jours. Si dans ces conditions la réaction est positive, il y a de fortes chances pour qu'il existe une lésion gastrique et pour que cette lésion soit un néoplasme.

B. Evolution. — Pronostic.

La marche de la maladie est implacable et rapide. Notre malade est mort au bout de huit mois. Selon Regnault, la durée moyenne est environ de neuf à dix mois avec comme extrêmes deux mois et quinze mois. Elle est donc un peu plus courte encore que celle du cancer ordinaire de l'estomac. D'après certains auteurs on constaterait parfois des rémissions d'assez longue durée. Nous n'en avons pas observé chez notre malade dont l'état, depuis le début de sa maladie, était constamment allé en empirant.

La mort survient soit par cachexie progressive, soit par intolérance gastrique et inanition, soit par hématemèse. C'est cette dernière que nous avons eu l'occasion d'observer.

Quant au pronostic, il découle forcément du tableau clinique que nous venons de faire. Il est fatal à brève échéance. La possibilité d'une intervention, même précoce, ne l'améliore pas très sensiblement.

C. Diagnostic.

Nous avons indiqué dans notre chapitre clinique quels sont les éléments permettant de faire le diagnostic : ce sont, outre l'étude minutieuse des symptômes, les diverses recherches de laboratoire que nous avons indiquées.

Mais nous voudrions dire un mot du diagnostic diffé-

rentiel, encore qu'il ne soit le plus souvent pas très difficile. Nous avons parlé du diagnostic avec la forme anémique de Hayem, diagnostic souvent flou du reste, et qui se fait d'après l'intensité de l'anémie, l'examen du sang, la recherche de la valeur globulaire. Aucun de ces signes n'est absolu. Au fond, il semble logique d'admettre qu'entre la forme de Hayem et celle qui nous intéresse, il n'y a qu'une différence de degré.

Le diagnostic doit ensuite être fait avec toutes les variétés d'anémie pernicieuse : anémie pernicieuse des aortiques, des néphritiques, des cancéreuses de l'utérus, des porteurs d'ankylostomes, etc., etc. L'examen soigneux du cœur et la radioscopie de l'aorte, l'analyse minutieuse des urines, le toucher vaginal, l'examen des selles permettront de faire aisément le diagnostic, pourvu que l'on y pense.

D. Etiologie. Pathogénie. Anatomie pathologique.

Nous ne nous attarderons pas beaucoup sur ce chapitre, ayant surtout en vue l'étude clinique de la question. Du reste, il contient encore beaucoup de points obscurs.

Le sexe et la profession n'ont aucune importance. Mais il n'en est pas de même de l'âge. Celui-ci oscille dans l'immense majorité des cas autour de la cinquantaine. C'est du reste l'âge favorable à toutes les néoplasies.

Le passé pathologique des malades ne nous fournit non plus aucune indication précise. On ne trouve en général aucune manifestation anémique antérieure. La syphilis et l'éthylisme paraissent jouer un certain rôle prédisposant, mais encore ne possédons-nous à cet

égard aucun document bien net. Notre malade n'était ni éthylique, ni spécifique et n'avait jamais fait aucune maladie.

Certains ont voulu voir une cause prédisposante dans les maladies infectieuses antérieures. Mais, outre les cas pareils au nôtre, où on ne trouve rien dans les antécédents, comment tenir compte d'antécédents banaux comme des fluxions de poitrine, des grippez, des fièvres typhoïdes ou des pleurésies que l'on retrouve chez beaucoup de gens lesquels ne présentent ni cancer de l'estomac ni anémie de Biermer ?

Parmi les causes prédisposantes antérieures, il en est une à laquelle il faut cependant attacher une certaine valeur : c'est l'*ulcus gastrique* qui favorise à la fois l'anémie par ses hémorragies et le cancer par le traumatisme local qu'il exerce.

La fréquence du cancer à forme d'anémie pernicieuse n'est pas très grande. Aucune statistique d'ensemble n'a été faite, mais il en existe à peine dans toute la littérature une cinquantaine de cas qui tous ne sont pas authentiques.

La pathogénie de cette affection est complètement inconnue. Quand on en est réduit à invoquer des toxines spéciales ou d'hypothétiques hémolysines sur la nature et l'origine desquelles on ne sait rien, il vaut mieux avouer simplement son ignorance.

Quant à l'anatomie pathologique, elle est mieux connue mais assez complexe. L'examiner en détail serait sortir du cadre que nous nous sommes tracé. Bornons-nous à dire qu'elle comprend d'une part les lésions de l'anémie pernicieuse et, d'autre part, les lésions cancéreuses de l'estomac, épithéliomes ou carcinomes dans le plus grand nombre des cas.

CONCLUSIONS

I. — Il existe une forme de néoplasme gastrique, caractérisée par une anémie extrême à type d'anémie pernicieuse progressive de Biermer. Parfois, l'anémie apparaît au cours de l'évolution d'un cancer. Plus souvent, elle marque le début de la maladie et les symptômes digestifs sont si bien rejetés au second plan qu'ils peuvent passer inaperçus (cancers latents).

II. — Ces formes sont rares, particulièrement graves dans leur évolution qui est toujours rapide.

III. — Les symptômes digestifs sont constants, mais souvent légers. Il faut les rechercher soigneusement.

IV. — Le diagnostic se fait surtout par les procédés de laboratoire, en particulier dans les cancers latents. L'examen du sang, l'analyse du contenu gastrique, la radiographie doivent être faits chez tout malade présentant un tableau d'anémie grave et des signes digestifs, même légers.

V. — La mort survient en quelques mois, soit par cachexie progressive, soit par hématoméses.

VI. — La pathogénie de l'affection est encore inconnue.

BIBLIOGRAPHIE

ABRAMS. — Anémie pernicieuse progressive et tumeur maligne de l'estomac (Med. Record, avril 1900).

BARD. — Formes cliniques du cancer de l'estomac (Semaine médicale, 24 août 1904).

BARLOW. — Anémie pernicieuse au cours d'un carcinome de l'estomac (Med. Times and Gaz., 1882, p. 579).

BLANC. — De la forme anémique du cancer de l'estomac (Thèse Paris, 1901).

BOSSOWSKI. — Un cas de carcinome gastrique simulant une anémie pernicieuse (Przegl. lek., 1880).

BOUVERET. — Traité des maladies de l'estomac.

CHESNEL. — Cancer latent de l'estomac (Thèse Paris, 1877).

DEVIC et TOLOT. — Cancer de l'estomac et anémie pernicieuse (Lyon médical, 6 mars 1904).

FENWICK. — Atrophie de l'estomac (Lancet, 1870, p. 79).

— Atrophie de l'estomac (Lancet, 1877, p. 1).

GAY-BONNET. — De quelques signes diagnostiques du cancer de l'estomac (Thèse Lyon, 1902-1903).

GILBERT et WEIL. — Les leucocytoses dans la chlorose et les anémies (Société de Biologie, février 1899).

- GUILLON. — Contribution à l'étude du tube digestif et du foie dans la maladie de Biermer (Thèse Lyon, 1902-1903).
- HAYEM. — Sur un cas d'anémie cancéreuse (Méd. moderne, 13 mars 1897).
- Forme anémique du cancer de l'estomac (Presse médicale, 27 août 1898).
- Forme anémique du cancer de l'estomac (Archives générales de méd., 27 septembre 1904).
- HOUSTON. — Des conditions qui simulent l'anémie pernicieuse (Brit. med. Journ., 14 nov. 1903).
- KAUDEL. — Des formes anormales du cancer de l'estomac (Thèse Nancy, 1898).
- KROKIEWICZ. — Adéno-carcinomes multiples de l'estomac au cours de l'anémie pernicieuse (Wien. Med. Woch., sept. 1899).
- LÉONARDO. — Un cas de cancer de l'estomac à forme anémique (Gazz. di osp. Milano, 1911).
- LÉPINE. — Sur les anémies progressives (Revue de méd., 1877).
- Sur les anémies progressives (Revue de méd., 1891).
- LOISEAUX. — Cancer latent de l'estomac (Thèse Paris, 1875).
- MÉNÉTRIER et AUBERTIN. — Un cas de cancer gastrique à forme anémique (Archives générales de méd., juin 1902).
- MOUISSET. — Diminution de la valeur globulaire dans le cancer de l'estomac.
- NEALE. — Cancer de l'estomac ou anémie essentielle? (Practitioner, juillet 1883).
- QUINCKE. — Volkmann Sammlung Klin. Vorträge (Inn. Med., n° 34, 1876).
- REGNAULT. — Cancer latent et anémie pernicieuse (Thèse Lyon, 1905).
- SERGEANT et LEMAIRE. — Un cas de cancer latent de l'estomac à forme d'anémie pernicieuse avec anasarque (Société médicale des hôpitaux, 23 octobre 1903).

SILHOL. — Thèse Paris, 1903.

STOKTON. — L'anémie pernicieuse dans ses rapports avec la digestion gastrique (Semaine médicale, 24 août 1904).

THIBAUT. — Formes anormales du cancer de l'estomac (Gazette des hôpitaux, 1912).

Vaquez et AUBERTIN. — Société médicale des hôpitaux de Paris (24 mars 1904).

VILLEBRUN. — Le cancer de l'estomac à forme anémique (Thèse Paris, 1904).

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Montpellier, le 12 septembre 1919.

Pr le Recteur,
Le Doyen délégué,
MAIRET.

VU ET APPROUVÉ :

Montpellier, le 12 septembre 1919.

Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!
